

Educational needs of adolescent girls for reproductive health in teachers' views

KH. Mirzaei*

F. Olfati**

*Assistant Professor of Reproductive Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

**Ph.D. Student of Reproductive Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

* Abstract

Background: Adolescence is an important period of life that has a distinct influence on the rest of life. With appropriate educational programs can prevent many problems of this period.

Objective: The aim of this study was to determine educational needs of adolescent girls for reproductive health in terms of teachers.

Methods: This qualitative content analysis study was conducted on 12 teachers of girls' high schools in Qazvin, 2012. Data were collected through focus group discussions by semi-structured questionnaire. Main topics were extracted and coded. Each topic was considered as a basic theme and each theme had several sub-themes.

Findings: Physical problems included dysmenorrhea, vaginal discharge, sedentary lifestyle, growth disorders, nutrition, anemia, anorexia and oral health, psychological problems included tension, pertinacity, extremism, depression and educational problems and social problems included inappropriate interactions with family members and teachers, bad friends and internet friends. Needed information included menstrual health, sexually transmitted diseases, sexual issues and communication and educational life skills. Sources of information were health centers, in-service training courses and the media. Despite all teachers disagreed with the first premarital sexual contact, they believed that society should not be oblivious to this problem.

Conclusion: With regards to the results, the teachers' role should be considered in reproductive health education for girls.

Keywords: Adolescent, Reproductive Health, Qualitative Research, Education

Corresponding Address: Frozun Olfati, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Hafte-Tir Squar, Shahroud, Iran

Email: papoy6olfati@yahoo.com

Tel: +98-912-1826082

Received: 18 May 2013

Accepted: 21 Jan 2014

تبیین نیازهای آموزشی دختران نوجوان در مورد بهداشت باروری از دیدگاه معلمان

دکتر خدیجه میرزایی*

فروزان الفتی**

* استادیار بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی مشهد
** دانشجوی دکتری بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

آدرس نویسنده مسؤل: شاهرود، میدان هفت تیر، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن ۰۹۱۲۱۸۲۶۰۸۲

Email: papoy6olfati@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۱

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۲۸

* چکیده

زمینه: نوجوانی یکی از دوره‌های مهم زندگی است که بر بقیه سال‌های عمر تأثیر قطعی دارد. با برنامه‌های آموزشی مناسب می‌توان از بسیاری از مشکلات ناشی از این دوره پیشگیری کرد.

هدف: مطالعه به منظور تبیین نیازهای آموزشی بهداشت باروری دانش‌آموزان دختر از دیدگاه معلمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه تحلیلی محتوایی کیفی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۱۲ نفر از معلمان دبیرستان‌های دخترانه قزوین انجام شد. اطلاعات به روش بحث گروهی، براساس پرسش‌های نیمه ساختارمند جمع‌آوری شد. عناوین اصلی از آن استخراج و کُدگذاری شد. هر عنوان به صورت یک مفهوم اصلی و هر مفهوم دارای چند زیر مجموعه بود.

یافته‌ها: مشکلات جسمی شامل درد قاعدگی، ترشحات تناسلی، اختلال رشد، کم تحرکی، تغذیه‌ای، کم خونی، کم اشتها، بهداشت دهان و دندان، مشکلات روانی شامل تنش، لج بازی، افراط گرایی، افسردگی، مشکل تحصیلی و مشکلات اجتماعی شامل تعامل نامناسب با افراد خانواده و معلمان، دوستان ناباب و دوستان اینترنتی بود. اطلاعات مورد نیاز شامل بهداشت قاعدگی، بیماری‌های مقاربتی و مسایل جنسی و مهارت زندگی شامل ارتباطی و تحصیلی بودند. منابع اطلاعات شامل مراکز بهداشتی و درمانی، دوره‌های آموزشی حین خدمت و رسانه‌ها بودند. با وجود مخالفت همه معلمان با اولین تماس جنسی قبل از ازدواج، اعتقاد بر این بود که جامعه نباید نسبت به این مسأله بی‌توجه باشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، می‌بایست به نقش معلمان در آموزش بهداشت باروری دختران توجه شود.

کلیدواژه‌ها: نوجوان، بهداشت باروری، مطالعه کیفی، آموزش

* مقدمه:

موقعیت نوجوانان ضروری است تا برنامه‌ریزی برای اقدام‌های اصلاحی واقع‌بینانه را ممکن سازد.^(۱)

حقوق باروری در برگیرنده برخی از اجزای حقوق بشر است که قبلاً در قوانین ملی، اسناد بین‌المللی مربوط به حقوق بشر و سایر موافقت‌نامه‌های مربوط به سازمان ملل متحد به رسمیت شناخته شده است. این حقوق بر حق دسترسی به بالاترین استاندارد بهداشت باروری و بهداشت جنسی استوار است و تصمیم در مورد باروری، عاری از هرگونه تبعیض، فشار و خشونت را در خود

بنابر توصیه سازمان جهانی بهداشت موارد زیر عناصر اصلی شروع راهکارهای ملی برای آموزش بهداشت نوجوانان برشمرده می‌شوند: آگاهی دادن به نوجوانان درباره بهداشت باروری، آموزش نوجوانان در مدارس به منظور گذراندن نوجوانی در سلامت و بهداشت و کسب اطلاعات بیش‌تر در مورد نوجوانان در منطقه شرق مدیترانه (از جمله ایران) که هیچ‌گونه اطلاعاتی درباره بهداشت باروری آن‌ها در دست نیست. بنابراین انجام یک سلسله مطالعه‌های جامع و طراحی شده برای ارزیابی

باروری محروم هستند و چه بسا به دلیل کسب اطلاعات از منابع ناآگاه و غیرموثق در زندگی خانوادگی خود دچار مشکلات جسمی و روانی می‌شوند.^(۸) طبق نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج از کشور، آموزش سبب افزایش اطلاعات و بهبود نگرش دختران در مواجهه با مشکلات جسمی بلوغ، نگرش مثبت نسبت به پدیده بلوغ و قبول تغییرات این دوران به عنوان تغییرات فیزیولوژیک، رفع نگرانی‌ها و در نتیجه تقویت حس اعتماد به نفس و احترام به خویش می‌شود.^(۹) اکثر مطالعه‌های مرتبط با بهداشت باروری نوجوانان، لزوم آموزش در حیطه‌های تنظیم خانواده، ازدواج، بلوغ و ایدز را یادآور شده‌اند.^(۱۰)

برای این که آموزش‌ها براساس نیاز مخاطبین انجام شوند، لازم است تا رویکرد مشتری مدار مد نظر قرار گیرد و معلمین به عنوان مشتریان این آموزش‌ها، خود در ارتباط با نوع آموزش، محتوای آموزش و چگونگی آرایه آموزش‌ها دخالت مؤثر نمایند.^(۱۰) اکثر صاحب‌نظران حوزه نیازسنجی معتقدند که روش‌های کمی برای شناخت نیازهای واقعی فراگیر توانایی بسیار محدودی دارند و روش‌های تحقیق کیفی برای حصول این نت کفایت لازم را خواهند داشت.^(۱۱) لذا با توجه اهمیت آموزش بهداشت باروری دختران نوجوان و نقش معلمان در تحقق این امر، تحقیق حاضر با هدف تبیین نیازهای آموزشی بهداشت باروری دانش‌آموزان دختر از دیدگاه معلمان انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه تحلیلی محتوایی کیفی (Qualitative Content Analysis) در سال ۱۳۹۱ بر روی ۱۲ نفر از معلمان دو دبیرستان شهر قزوین انجام شد (۱۰ معلم مقطع دوم و سوم دبیرستان و ۲ مشاور دبیرستان). معیار انتخاب مشارکت کنندگان عبارت بود از: تمایل ایشان برای شرکت در تحقیق، زن بودن و تدریس در مقطع دوم و سوم دبیرستان دخترانه. پیش از اجرای

می‌گنجاند. بهداشت باروری به رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در ارتباط با سیستم باروری و عمل و فرایند آن اطلاق می‌شود و صرفاً به عدم وجود بیماری، ضعف و سستی محدود نمی‌شود. گسترش بهداشت باروری و پرداختن به ابعاد مختلف آن در سطح ملی و بین‌المللی یکی از گام‌های اساسی در تأمین سلامت جامعه و خانواده (با محوریت سلامت زنان) است.^(۲)

سازمان جهانی بهداشت نوجوانی را به سنین ۱۰ تا ۱۹ سالگی اطلاق می‌کند. حدود یک چهارم جمعیت برخی از کشورها را نوجوانان تشکیل می‌دهند.^(۱) طبق سرشماری سال ۱۳۸۵، حدود ۲۲ درصد جمعیت ایران را افراد ۱۰ تا ۱۹ ساله تشکیل می‌دهند.^(۳) دوره نوجوانی تأثیر قطعی و حیاتی بر بقیه سال‌های زندگی دارد و انسان‌های موفق و سالم اجتماع، معمولاً انسان‌هایی هستند که این مرحله از زندگی خود را در سلامت، آرامش و واقع‌بینی گذرانده‌اند.^(۴) این مرحله بینابینی با تغییرات مهم فیزیکی، روانی، روحی و اجتماعی (بلوغ) در نوجوان همراه است. نوجوانان از اقشار آسیب‌پذیر جامعه هستند؛ زیرا بسیاری از مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و رفتارهای ناسالم، ازدواج‌های ناموفق، حاملگی پرخطر، نازایی، بیماری‌های مقاربتی و ایدز، مرگ و میر و عادت‌های نادرست ریشه در زمان نوجوانی دارند.^(۵)

عوامل متعددی از جمله کاهش سن بلوغ، افزایش سن ازدواج (ایجاد شکاف زمانی بزرگ بین بلوغ و ازدواج)، توسعه دستاوردهای آموزشی، دسترسی به رسانه‌های جهانی و تغییر ارزش‌های فرهنگی جوانان ازدواج نکرده، همگی جوانان را در معرض ایده‌ها و افکاری قرار می‌دهد که بر زندگی باروری و جنسی آن‌ها تأثیر می‌گذارند.^(۶) پدیده بلوغ باید مورد توجه والدین و معلمان قرار گیرد. به نظر می‌رسد بهترین زمان برای دادن اطلاعات در مورد هر پدیده‌ای زمانی نه چندان نزدیک و نه چندان دور از آن رخداد است.^(۳)

در جامعه ما به دلایل فرهنگی، اکثر نوجوانان به خصوص دختران از اطلاعات صحیح در مورد بهداشت

۴- به نظر شما تأثیر داشتن اولین تماس جنسی قبل از ازدواج بر زندگی فرد چیست؟

جهت جمع‌آوری اطلاعات، یک فرد یادداشت بردار نسبت به ثبت سخنان شرکت‌کنندگان اقدام کرد. محتوای مباحث با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان ضبط و در اسرع وقت نسخه‌برداری و به روش تجزیه و تحلیل محتوا بررسی شد. با بازخوانی مکرر داده‌ها و با غوطه‌وری (Immersion) در اطلاعات، جمله‌ها و مفاهیم استخراج شدند. مفاهیم کلیدی و اصلی در کنار یکدیگر قرار داده شد و پس از مقایسه با تجارب محقق، محور اصلی نیاز تعیین و در قالب مدلی شماتیک تدوین گردید.

در مرحله بعد کدهای اولیه (جمله‌ها یا مفاهیم اصلی) استخراج شد. کدهای اولیه که مربوط به هم بودند و می‌توانستند طبقات بالقوه را تشکیل دهند، در یک گروه قرا گرفتند. سپس هر یک از این طبقه‌های بالقوه مرور و با گفته‌های مشارکت‌کنندگان تطبیق داده شدند و طبقات اصلی تعیین شد. به جواب‌های مختلف در هر طبقه نیز یک کد تخصیص داده شد. در پایان خلاصه کلی که شامل تلفیق یافته‌های گروه‌های مختلف در ارتباط با اهداف اختصاصی مطالعه بود، توسط محقق ذکر گردید.

مقبولیت (credibility)، تجربه کافی محقق و توانمندی علمی براساس درجه تحصیلی بود. درگیری مستمر (Progonic Engagement) به صورت درگیری مستمر ذهنی با داده‌ها برای افزایش وسعت و عمق اطلاعات بود. مشاهده مداوم به صورت خواندن چندین باره داده‌ها و تحلیل آن‌ها و استفاده از تلفیق روش بحث گروهی و مشاهده چهره به چهره بود. مرور دست‌نوشته‌های مشارکت‌کنندگان برای تأیید اعتبار محتوا استخراج شده، انجام شد. در جلسه‌ای دیگر، موارد با مشارکت‌کنندگان مطرح و نظر نهایی آن‌ها جمع‌بندی شد. از یافته‌های مغایر در سایر مطالعه‌ها، برای افزایش مقبولیت استفاده شد.^(۱۰) گزارش‌ها و یادداشت‌های پژوهش‌گر به صاحب‌نظر دیگری داده شد تا مشابهت یافته‌ها توسط هر دو محقق اثبات و عینیت‌پذیری داده‌ها حاصل شود.

مطالعه، با معلمان در مورد هدف مطالعه صحبت و از آن‌ها رضایت شفاهی و آگاهانه کسب شد. همچنین در مورد محرمانه ماندن پاسخ‌ها و نظرات به آنان اطمینان داده شد.

برای بررسی محتوا در مورد نیازهای آموزشی از الگوی کلایزی (Colaizzi) استفاده شد.^(۱۱) براساس این الگو، محقق ابتدا به توصیف مفهوم نیاز یادگیری و آموزشی پرداخت و سپس توصیف‌ها و قرائت‌های مشارکت‌کنندگان پیرامون نیازهای مرتبط با یادگیری را با استفاده از روش بحث گروهی متمرکز و مصاحبه جمع‌آوری نمود. در ادامه، با بررسی و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، عبارات اصلی و کلیدی استخراج گردید. معانی عبارات اصلی تبیین شد و پس از نگارش توصیفی جامع راجع به نیازهای یادگیری، موارد به دست آمده با تأویلات محقق و سایر تحقیق‌ها مقایسه شد. در نهایت، این فرایند به بیان عمیقی از نیازهای یادگیری درک شده از سوی فراگیران منجر شد.

براساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، با مدیریت پژوهش‌گر جلسه‌های بحث گروهی (۴ تا ۶ نفر) برای استخراج محتوا در کلاس درس برگزار شد. مدت زمان هر جلسه ۱:۳۰ تا ۲ ساعت در نظر گرفته شد. بحث‌های گروهی تا رسیدن به غنای لازم و در اصطلاح اشباع اطلاعاتی (Data Saturation) پی‌گیری شد. یعنی جلسه‌ها آنقدر تکرار شدند که محقق متوجه جواب‌های تکراری یا تکرار در داده شد.

سؤال‌ها مطابق با اهداف طرح برای هدایت و کنترل جلسه‌ها از پیش طراحی شد. این سؤال‌ها به صورت نیمه ساختارمند و به قرار زیر بود:

۱- به نظر شما دانش‌آموزان دختر در چه زمینه باید بیش‌تر بدانند؟

۲- ترجیح می‌دادید که این اطلاعات را چه کسی در اختیار دختران قرار می‌داد؟

۳- به نظر شما برای افزایش اطلاعات علمی معلمان جهت پاسخ‌گویی به دختران چه باید کرد؟

گاهی باعث می‌شود دانش‌آموزان غیبت کنند که خودش می‌تواند باعث اُفت تحصیلی شود.»

یکی از معلمان زیست‌شناسی گفت: «البته دانش‌آموزان بخصوص دانش‌آموزان رشته تجربی تا حدی در مورد دستگاه تناسلی می‌خوانند، ولی این کافی نیست. دانش‌آموزان رشته ریاضی فیزیک زیاد نمی‌دانند. یک سری اطلاعات پایه هست که همه باید بدانند. در این حد که الان تدریس می‌شود کافی نیست. من موقع تدریس متوجه مشکلات زیاد دانش‌آموزان می‌شوم. برای مثال، دختران نگران بعضی بیماری‌ها مثل ایدز یا ترشحات غیرطبیعی هستند.»

در رابطه با مشکلات عمومی یکی از معلمان ادبیات گفت: «نمی‌دانم چه چیزی باعث می‌شود بعضی از دخترها در این سن، زیاد به سلامت عمومی خود توجه نمی‌کنند. به نظر من باید بعضی معاینه‌ها مثل معاینه دهان و دندان در حوالی بلوغ اجباری باشد.»

برای دستیابی به همخوانی یافته‌ها (مشابه پایایی در تحقیق کمی)، از محقق دیگری که در ارتباط با پژوهش نبود، به عنوان ناظر خارجی استفاده شد. با توجه به وجود درک مشابه یافته‌ها، همخوانی نیز تأیید گردید.

* یافته‌ها:

میانگین سنی معلمان ۳۲ سال بود. طبقه‌های اصلی مشکلات بلوغ عبارت بودند از مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی (جدول شماره ۱).

در رابطه با مشکلات مربوط به دستگاه تناسلی، یکی از معلمان ریاضی گفت: «دختران مشکلات جسمی زیادی در موقع بلوغ دارند. همه دانش‌آموزان مشکلات خودشان را نمی‌گویند. اونایی هم که می‌گویند ما نمی‌توانیم پاسخگوی همه باشیم؛ چون در همه زمینه‌ها اطلاعات نداریم. برای مثال، مشکلات قاعدگی مثل درد

جدول ۱- درون مایه‌ها، طبقه‌های اصلی، زیر طبقه‌ها و کدهای اصلی استخراج شده از مطالعه

درون مایه	طبقه اصلی	زیر طبقه‌ها	کدهای اصلی
مشکلات بلوغ	مشکلات جسمی	مشکلات مربوط به دستگاه تناسلی	قاعدگی دردناک و نامنظم بودن قاعدگی ترشحات ناحیه تناسلی
		مشکلات عمومی	بهداشت دهان و دندان تغذیه‌ای، کم خونی، کم اشتها، اختلال رشد و کم تحرکی
		مشکلات رفتاری	تنش و لجاجت‌گرایی و افراط‌گرایی مشکل تحصیلی و اُفت تحصیلی
	روانی	مشکلات خلقی	افسردگی
		مشکلات با خانواده	تعامل نامناسب با معلمان، داشتن دوستان ناباب و دوستان اینترنتی و مجازی
		مشکلات در جامعه	بلوغ و بهداشت قاعدگی
اطلاعات مورد نیاز هنگام بلوغ	نوع اطلاعات	مربوط به بهداشت باروری	بیماری‌ها از جمله بیماری‌های مقاربتی جنسی
		مهارت زندگی	ارتباطی تحصیلی
		افراد	مراکز بهداشتی و درمانی
	منبع اطلاعات	رسانه‌ها	دوره‌های آموزشی کتاب و مجله
		قبل از ازدواج	تلویزیون و رادیو و اینترنت مخالقم
		بعد از ازدواج	مذهبی و فرهنگی
اولین تماس جنسی	اثر بر زندگی بر زندگی فرد	اثر مثبت اجتناب از تماس جنسی	حمایت اجتماعی و خانواده اثر بر زندگی خانوادگی بعد از ازدواج پاکی و تداوم خانواده
		اثر منفی تماس جنسی	بیماری و حاملگی

است و بعضی خانواده‌ها فقط دغدغه کنکور و دانشگاه دارند.»

در رابطه با مشکلات خانوادگی یکی از معلمان گفت: «ما با دو نسل مواجه هستیم: یکی اولیا و یکی دانش‌آموزان. هرچی تفاوت دو نسل بیش‌تر باشد، اختلافات هم بیش‌تر است. به طور مسلم دختران بعضی از انتظارات والدین رو تأمین نمی‌کنند. ولی خانواده باید در رفتار خود با دختران دقت کنند. ما اینجا به دانش‌آموزان درس می‌دهیم و برای موفقیت در کار خودمون به همکاری و رفتار درست اولیا با دختران نیاز داریم.»

در رابطه با مشکلات جامعه، یکی از مشاوران گفت: «دخترها در این سن بیش‌تر به طرف گروه‌های همسال گرایش پیدا می‌کنند. این گروه‌ها می‌توانند هم همجنس باشند و هم غیر همجنس. برایشان مهم است که در گروه مورد قبول باشند و معمولاً به صورت گروهی در مورد معلمان و مدرسه تصمیم می‌گیرند. گاهی وجود این گروه‌ها برای معلمان دردسرساز و باعث تعامل نامناسب با معلمان می‌شود.»

یکی از معلمان تاریخ گفت: «من فکر می‌کنم اینترنت و دوستان اینترنتی بی‌تأثیر نیستند و دوستان مجازی دارای هویت مجازی و شخصیت خیالی هستند که می‌توانند مطابق با رویاهای دختران تظاهر کنند و قسمتی از انرژی روزانه دختران را به خود اختصاص دهند.»

در رابطه با اطلاعات در زمینه بهداشت یکی از معلمان زیست‌شناسی گفت: «در کتاب‌های زیست‌شناسی اطلاعات کمی در مورد بلوغ، بهداشت قاعدگی و بیماری‌ها به دانش‌آموزان داده می‌شود. (پرسش‌گر: به نظر شما چطور می‌شود این اطلاعات را در اختیارشان قرار داد؟) به نظر من فقط با یک راهکار حل نمی‌شود. باید مسأله در همه جوانب بررسی شود. آنقدر مشکلات مربوط به دخترها زیاده که گاهی مشاوران مدرسه از پس همه بر نمی‌آیند. باید مراکزی وجود داشته باشه که این دختران با اولیا خودشان به اون مراکز ارجاع داده شوند؛ چون مدرسه به تنهایی قادر به جواب‌گویی به این مسایل نیست و

یکی از معلمان ورزش گفت: «به نظر من یکی از مشکل‌های بزرگ دانش‌آموزان کم تحرکی و تغذیه بد است. متأسفانه دخترها زیاد به ورزش توجه ندارند. در این سن دخترها به خاطر قاعدگی باید خوب تغذیه شوند. خیلی‌ها کم خونی دارند. دخترها در این سن به ظاهر خودشان خیلی توجه می‌کنند و بعضی‌ها رژیم می‌گیرند به جای این که ورزش کنند. بعضی‌ها هم کم اشتها هستند. این‌ها همه باعث اختلال در رشد می‌شود. به نظر من باید خانواده‌ها به این مسایل آگاه باشند.»

در رابطه با مشکلات رفتاری یکی از معلمان گفت: «برخورد با دختران در این سن خیلی مشکل است. دخترها خیلی عصبی هستن و لج بازی می‌کنند. برخورد با این بچه‌ها لم خاصی می‌خواهد. مثلاً همیشه روی یک مسأله پافشاری می‌کنند و نصیحت‌پذیر نیستند. اصرار عجیبی دارند که در یک گروه باشند و تصمیم‌های گروهی بگیرند و خیلی پای‌بند تصمیم‌های گروهی هستند.»

یکی از معلمان ادبیات گفت: «به نظر می‌رسد دخترها خیلی افراط می‌کنند. مثلاً آگه درس خوان هستند آنقدر درس می‌خوانند که به جنبه‌های دیگر زندگی توجه نمی‌کنند یا آگه به درس بی‌توجه هستند آنقدر پیش می‌روند که باعث افت زیاد تحصیلی می‌شود.»

در رابطه با مشکلات خلقی یکی از مشاوران گفت: «بعضی از دخترها خیلی درون‌گرا هستند. البته مشکلی که ما داریم این است که در مورد گذشته این دخترها و حتی قبل از بلوغ چیزی نمی‌دانیم. بعضی از دخترهای درون‌گرا در سن بلوغ افسردگی پیدا می‌کنند و ما مجبور می‌شویم به دکتر ارجاع بدیم. (پرسش‌گر: فکر می‌کنید چرا بعضی دخترها افسرده می‌شوند؟) عرض کردم ما زیاد از گذشته و مسایل خانوادگی این‌ها نمی‌دانیم، ولی با تجربه به من ثابت شده است که این دخترها یا وارد ماجراهای عاطفی و عشقی شده‌اند یا مشکلات خانوادگی دارند و یا خانواده از آن‌ها توقع و انتظارات زیادی دارد. بعضی خانواده‌ها درس محور هستند و فقط نمره برایشان مهم

فکر می‌کنم معلمان و اولیا و دختران خیلی از اطلاعاتشان را از رسانه‌ها می‌گیرند. کتاب‌ها، مجله‌ها، رادیو، تلویزیون، اینترنت و ماهواره همه منابع اطلاعاتی مهمی هستند. با استفاده درست از این منابع، می‌توان اطلاعات خوبی به خانواده‌ها و دختران داد. البته باید به دختران یاد داد که از این منابع به درستی استفاده کنند. آموزش پرورش هم سایتی برای بهداشت بلوغ دارد، ولی مسأله این است که دختران نحوه استفاده صحیح از این سایت‌ها را نمی‌دانند.»

در رابطه با زمان اولین تماس جنسی یکی از معلمان گفت: «من به دلایل مذهبی و فرهنگی موافق ارتباط جنسی بعد از ازدواج هستم. ولی دختران ما ممکن است عقاید متفاوتی داشته باشند. گاهی درس محور بودن مدارس و خانواده‌ها باعث شده است که نتوانیم شونده‌های خوبی برای دختران باشیم. خانواده‌ای که ماهواره دارد، چطور می‌تواند انتظار داشته باشد ارتباط جنسی بعد از ازدواج برای دخترش یک مسأله حل شده باشد. من می‌دانم این امر یکی از چالش‌های بزرگ دختران ماست؛ چون از طرف گروه همسالان غیر همجنس تحت فشار هستند. پس نظر من زیاد مهم نیست، باید دید دختران چه نظری دارند.»

یکی از معلمان گفت: «باکره موندن تا ازدواج در جهت خواست جامعه است. معلوم است کسی که خلاف جریان آب حرکت کند آسیب می‌بیند. دختران باکره در جهت خواست جامعه حرکت می‌کنند و در نتیجه از امتیازهای آن بهره‌مند می‌شوند. مورد قبول خانواده و همسر آینده هستند. از سلامت جسمی بیش‌تری برخوردار می‌شوند.»

یکی از معلمان مشاور گفت: «خطرهای زیادی این دختران را تهدید می‌کند. مثلاً آگه دختری حامله شود، مجبور است سقط داشته باشد و دچار عوارض آن شود یا به بیماری‌هایی مثل ایدز دچار شود.»

گاهی خود اولیا معترض می‌شوند که چرا این اطلاعات به دختران آن‌ها داده می‌شود.»

یکی از معلمان گفت: «گاهی دختران سوال‌هایی در مورد مسایل جنسی می‌پرسند که جواب دادن به آن‌ها برای ما مسئولیت دارد. (پرسش‌گر: برای مثال، چه مسئولیتی؟) گاهی اولیا شاک می‌شوند؛ چون دوست ندارند مدارس این اطلاعات رو در اختیار دخترانشان قرار دهند.»

در رابطه با مهارت زندگی یکی از مشاوران گفت: «یکی از مشکلات اساسی در این حوزه مشکل ارتباط برقرار کردن دختران است که روی تحصیل آن‌ها هم اثر می‌گذارد. دختران بیش‌تر وقتشون رو با گروه‌های همسال صرف می‌کنند. بعضی دوست پسر دارند و ایده‌آل‌های گروه برایشان خیلی مهم است. ولی گاهی گروه‌هایی تشکیل می‌شود که با اهداف مدرسه مقابله می‌کند و این خودش مانع پیشرفت تحصیلی دختران می‌شود. (پرسش‌گر: به نظر شما در این موارد باید چیکار کرد؟) به نظر من باید چند سال قبل از بلوغ به دختران مهارت ارتباطی یاد داده شود.»

یکی از معلمان گفت: «یکی از چیزهایی که باید دختران یاد بگیرند، مهارت درس خواندن است. به نظر می‌رسد بیش‌تر دختران با الگوی نامناسب درس می‌خوانند.»

در رابطه با منبع اطلاعات یکی از معلمان ادبیات گفت: «من باید اعتراف کنم که امروزه اطلاعات دختران در مورد بعضی مسایل بهداشت باروری از معلمان هم بیش‌تر است. در بعضی موارد ممکن است سؤال‌هایی داشته باشند که ما هم نتوانیم جواب بدهیم. اطلاعاتی که من در مورد بهداشت باروری کسب کردم از مراکز بهداشتی و درمانی و دوره‌های آموزشی مختلف در مورد روان‌شناسی و غیره است. گاهی کتاب می‌خوانم ولی فکر می‌کنم این‌ها کافی نیست. نیاز هست کسی باشد که اطلاعات دقیق‌تری داشته باشد.»

در رابطه با اهمیت رسانه‌ها یکی از معلمان گفت: «من

* بحث و نتیجه گیری:

این پژوهش نشان داد، دختران نوجوان، نیازمند دریافت مهارت‌ها و آگاهی‌های ویژه در حوزه‌های مختلف بهداشت باروری بودند. با توجه به محدودیت‌هایی که مدارس در جهت دادن آگاهی جنسی به دختران دارند باید به فکر انتقال این مطالب از طریق معلمان با حضور اولیا و طرق دیگر بود.

بررسی نیازهای آموزشی نوجوانان دختر استان مازندران در سال ۱۳۸۲ نشان داد علی‌رغم تمایل دختران به دانش بلوغ، اکثر آنان معنی کامل بلوغ را نمی‌دانستند و آگاهی علمی و فیزیولوژیک آن‌ها در مورد بلوغ، ضعیف و همراه با برداشتهای اشتباه و غیرواقعی بود.^(۱۲)

بررسی وضعیت بهداشت جسمی و روانی دختران در این مطالعه نشان داد که همچون سایر مطالعه‌ها، آگاهی بهداشتی و تغذیه‌ای آنان ضعیف و با عقاید نادرستی همراه بود که می‌تواند زمینه ابتلا به بسیاری از بیماری‌های عفونی و عوارض بلند و کوتاه مدت از قبیل نازایی، کم خونی و سوءتغذیه را به دنبال داشته باشد.^(۹) براساس اطلاعات کسب شده در این پژوهش همسو با نتایج سایر تحقیق‌ها، دختران در مورد تغییرات جسمی و علایم خلقی - روانی و اجتماعی بلوغ اطلاعات بسیار کمی داشتند. نتایج مطالعه‌ها نشان داده است که آموزش سبب افزایش اطلاعات، نگرش مثبت نسبت به پدیده بلوغ و قبول تغییرات بلوغ به عنوان تغییرات فیزیولوژیک می‌شود و در نتیجه حس اعتماد به نفس و احترام به خویشتن را تقویت می‌کند.^(۱۲) لذا طبق نتایج این مطالعه و سایر مطالعه‌ها، باید مسایلی از قبیل تغذیه و بهداشت جسمی دوران نوجوانی و آموزش‌های روانی مورد نیاز را در برنامه‌های آموزشی نوجوانان گنجانده، تا از وارد شدن آسیب‌های جسمی و روانی پیشگیری شود. در مورد مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات بهداشت باروری توسط نوجوانان، مطالعه‌های انجام شده در کشورهای در حال توسعه براین حقیقت تأکید می‌کند که اطلاعات در خصوص بهداشت باروری بندرت توسط معلمان یا

متخصصین بهداشتی منتقل می‌شود و والدین نیز در بیش‌تر مطالعه‌ها اولین منبع کسب اطلاعات نیستند؛ بلکه مهم‌ترین منبع اطلاعات، دوستان و رسانه‌های گروهی هستند.^(۱۲) این امر عواقب خطرناکی به دنبال خواهد داشت. در مطالعه انجام شده در قزوین معلمان یکی از افرادی بودند که دختران نوجوان ترجیح می‌دادند مشکلات دوران بلوغ خود را با آن‌ها در میان گذارند.^(۱۳) در مطالعه حاضر نیز معلمان معتقد بودند که اطلاعات مربوط به بهداشت باروری حساسیت خاصی دارد و همکاری چند جانبه جامعه، اولیا و مدرسه را می‌طلبد. آنان اطلاعات خود را کم و غیردقیق برآورد کردند. آنان اعتقاد داشتند که دادن اطلاعات در همه زمینه‌های بهداشت باروری برای مدرسه مسئولیت‌ساز است و باید مراکزی باشند که دختران به همراه اولیا خود جهت مشاوره به آنجا مراجعه کنند.

در ارتباط با مقبولیت فعالیت جنسی قبل از ازدواج، مطالعه‌ای در بین دانش‌آموزان کشور پرو نشان داد که ۷۳ درصد دختران و ۵۹ درصد پسران معتقد بودند که دختران باید در زمان ازدواج باکره باقی بمانند.^(۱۴) مطالعه‌ای در سری‌لانکا نیز نشان داد که دختران به طور معنی‌داری نسبت به پسران با از بین رفتن بکارت قبل از ازدواج مخالف بودند.^(۱۵) علاوه بر آن تحقیقی بر روی نوجوانان پسر تهران در مورد بهداشت باروری نشان داد که ۵۴/۸ درصد پسران با داشتن فعالیت جنسی قبل از ازدواج مخالف بودند و این رقم در مورد دختران ۶۷/۶ درصد گزارش شد.^(۱۶) این در حالی است که طبق بررسی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵ در امریکا، حدود ۵۴ درصد دانش‌آموزان دبیرستانی فعالیت جنسی داشتند.^(۱۷) به دنبال این رفتارهای پرخطر جنسی، خود فرد، شرکای جنسی و بیماری‌های مقاربتی، حاملگی ناخواسته و سقط‌های نامطمئن قرار می‌گیرند. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، معلمان به طور کامل مخالف با ارتباط جنسی قبل از ازدواج بودند و علت آن را عوامل فرهنگی ذکر کردند.

آموزش معلمان به نوجوانان به تفکیک گروه سنی ۳- تشکیل کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی ضمن خدمت برای معلمان به خصوص مشاوران ۴- تأسیس مراکز ارایه خدمات بهداشت باروری و مشاوره مخصوص نوجوانان و والدین آن‌ها.

* سپاس‌گزاری :

از همکاری دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و آموزش و پرورش استان قزوین به علت حمایت از پژوهش مذکور قدردانی می‌شود.

* مراجع:

1. AnnDenise B, Shireen J, Iqbal S, Kathryn M. Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies, Geneva, Switzerland: WHO; 2001. 64
2. Hatami H, Razavi M, Eftekharardabili H, editors. Public health. 2nd ed. Family health. Tehran: Arjmand; 2004. 1518 [Vol 11] [In Persian]
3. Statistical center of Iran. Iran statistical Yearbook [2006-2007]. Tehran: Statistical Center of Iran; 2007 [In Persian]
4. Halmseresht P, Delpisheh A. School health. 2nd ed. Tehran: Chehr; 2004. 39-45, 85-87 [In Persian]
5. Koff E, Rierdan J. Preparing girls for menstruation: recommendations from adolescent girls. Adolescence 1995 Winter; 30 (120): 795-811
6. Laible DJ, Watson MW, Koff E. Continuity of styles in the drawings of adolescent girls. New Dir Child Adolesc Dev 2000 Winter; (90): 65-80
7. Jejeebhoy SJ. Adolescent sexual and reproductive behavior: a review of the evidence from India. Sac Sci Med 1998 May; 46 (10): 1275-90

آن‌ها اظهار داشتند دختری که ارتباط جنسی قبل از ازدواج دارد، مورد پذیرش خانواده جدید قرار نمی‌گیرد و از نظر حاملگی و بیماری‌ها آسیب‌پذیر خواهد بود.

در مطالعه الفتی و همکاران در سال ۱۳۸۶ تحت عنوان نیازسنجی آموزشی دختران نوجوان قزوین در ارتباط با بهداشت باروری بر روی ۱۵۰ دانش‌آموز، ۷۰ درصد آن‌ها اعلام کردند اطلاعات بیشتری در مورد بلوغ نیاز دارند که بدانند. آن‌ها مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات کنونی خود را به ترتیب مادر، معلم و بهترین منبع کسب اطلاعات را به ترتیب مامای مدرسه، کتاب و معلم معرفی کردند. همچنین ۷۵ درصد موافقت خود را با مامای مدرسه اعلام کردند (مامایی که برخی روزها در مدرسه حاضر شود و به سؤال‌های آن‌ها پاسخ دهد، با آن‌ها مشاوره بلوغ انجام دهد و از طریق مادران به طور غیرمستقیم دختران را آموزش دهد، نقش مدرسه در انتقال اطلاعات بلوغ به دختران بسیار کم‌رنگ بود (۱۱) درصد).^(۱۳)

در مطالعه حاضر، معلمان معتقد بودند آموزش باید چند سال قبل از بلوغ انجام شود. آموزش‌ها از سنین پایین‌تر (۹ تا ۱۰ سالگی) شروع شود تا هنگام برخورد دختران با علایم بلوغ نکته مبهمی وجود نداشته باشد. مطالعه‌ها نشان داده‌اند اغلب دختران نوجوان در اولین قاعدگی احساس نگرانی، ترس، ناراحتی و بیم از غیرعادی بودن این پدیده دارند. لذا کسب اطلاعات لازم در زمینه بهداشت باروری، در کاهش تنش نوجوانان در مواجهه با علایم بلوغ نقش مهمی دارد.^(۶)

از دیدگاه معلمان، دختران نوجوان نیازمند دریافت مهارت‌ها و آگاهی‌های ویژه در حوزه‌های مختلف بهداشت باروری هستند.

برای کاهش مشکلات بهداشت باروری دختران این موارد پیشنهاد می‌شود: ۱- اختصاص اوقاتی در هفته به مدارس جهت انجام مشاوره و آموزش معلمان و دانش‌آموزان در زمینه بهداشت باروری توسط افراد متخصص ۲- تدوین متون آموزشی با زبان ساده برای

8. Mohammadi M, Mohammad K, Khalaj Abadi Farahani F, et al. Reproductive knowledge, attitude and practice of Tehranian adolescent boys aged 15-18 years, 2002. *J Reprod Infertil* 2003; 4 (3): 237-50 [In Persian]
9. Simbar M, Ramezani tehrani F, Hashemi Z. The needs of reproductive health of the university students of Qazvin. *J Qazvin University Med Sci* 2003; 7 (4): 5-13 [In Persian]
10. Azizi F, Zafarmand M, Baiat F. Viewpoint of parents, teachers, students about reproductive health education to students: a focus group discussion method study. *J Boshar University Med Sci* 2003; 6 (1): 69-78 [In Persian]
11. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing, 11- advancing the humanistic imperative. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Co.; 2003
12. Malek-afzali H, Jandaghi J, Zare M. A study on educational needs of teenager girls regarding the adolescent health and determination of proper strategies for adolescent health education. *J Semnan University Med Sci* 2000; 1 (2): 39-48 [In Persian]
13. Olfati F, Aligholi S. A study on needs of teenager girls regarding the reproductive health and determination of proper strategies in achieving the target goals in Qazvin. *J Qazvin University Med Sci* 2008; 12 (2): 76-82 [In Persian]
14. Kim CR, Free C. Recent evaluations of the peer-led approach in adolescent sexual health education: a systematic review. *Int Fam Plan Perspect* 2008 Jun, 34 (2): 89-96
15. Silva K, Schensul S. Differences in male and female attitudes towards pre-marital sex in a sample of Sir Lankan Youth. Geneva: WHO; 2003. 86-8
16. Report of knowledge and practice of health issues 10 to 19 years old boys and girls particularly about adolescent health, in Iran. Department of Health, Bureau of Family Health, Ministry of Health and Medical Education; 1997. [In Persian]
17. Warren WC, Santelli SJ, Everett AS. Sexual behavior among U.S high school students. *Sac Sci Med* 1998; 30 (40): 170-6